

TÜP TORAKOSTOMİ

34. BÖLÜM

Kadir Baturhan ÇİFLİK¹

Giriş

Akciğerlerin etrafındaki negatif basınçlı boşluğa plevral boşluk denir. Çeşitli sebeplerle bu aralıkta kan, hava, püy ve lenfatik mayi birikmektedir [1]. Tüp torakostomi, plevral boşluktan tek taraflı sıvı- hava drene etmek amacıyla yapılır ve drenaj dışında ayrıca çeşitli ilaçların plevral aralığa uygulanması için de kullanılmaktadır [2,3]. (Tablo-1)

Tüp torakostomi plevral hastalıkların tedavisinde ilk tedavi seçeneği olarak kullanıldığı gibi acil durumlarda hayat kurtarıcıdır [2]. Genellikle göğüs cerrahları tarafından uygulansa da özellikle künt ve penetran göğüs travmalarında acil

servis hekimleri tarafından da sık uygulanır hale gelmiştir [4, 5].

Anamnez ve Fizik Muayene

İşlem öncesi anamnez, fizik muayene, radyolojik değerlendirme ve cerrahi set hazırlığı hızlı ve doğru bir şekilde gerçekleştirilmelidir. Bu hazırlık aşamasının düzgün bir şekilde yapılması acil servisteki uygulamalarda hayat kurtarıcı olurken, hastanın servis takibinde ve postoperatif döneminde konforuna ve iyileşme sürecine olumlu yönde etki etmektedir [1].

Anamnez alınırken hastanın daha önce ge-

Tablo 1: Tüp Torakostomi Endikasyonları

Pnömotoraks
Hemotoraks
Toraks travmaları
Tekrarlayan semptomatik plevral efüzyonlar
Ampiyem ve parapnömonik efüzyonlar
Şilotoraks
Malign plevral efüzyonlar
Torasik ve kardiyak operasyonlar
Toraks içi medikal uygulamalar

¹ Araş. Gör. Dr. Kadir Baturhan Çiflik / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, baturhanciflik@gmail.com

Sonuç

Tüp torakostomi işleminin hızlı ve doğru uygulanması acil servislerde hayat kurtarmaktadır. Göğüs cerrahları dışındaki uygulayıcıların gerekli eğitimleri alması ve göğüs cerrahları eşliğinde pratik uygulamaları gerçekleştirmeleri gerekmektedir. Uygulamanın, hastanın acil servis sonrasındaki hastane sürecini her anlamda doğrudan etkilediği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Durai R, Hoque H, Davies T.W, Managing a Chest Tube and Drainage System. *AORN Journal Volume 91, Issue 2, February 2010*, 275-283.
2. Türk F, Aydoğmuş Ü. (2015). Kapalı Göğüs Drenajı. Mustafa Yüksel, Akın Eraslan Balcı. (Ed.), *Göğüs Cerrahisi "Kırmızı Kitap"* içinde (s.495-499). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
3. Ergin M, Yeğinsu A, Gürlek K, Göğüs Tüpü Takılması. *Ulusal Cerrahi Dergisi 2010; 26(2)*, 115-121. Doi: 10.5097/1300-0705.UCD.459-10.01
4. Tanizaki S, Maeda S, Sera M, Small tube thoracostomy (20–22 Fr) in emergent management of chest trauma. *Injury 2017 Sep;48(9)*, 1884-1887. Doi: 10.1016/j.injury.2017.06.021
5. Kashani P, Sepideh H, Shirafkan A, Comparing the Quality and Complications of Tube Thoracostomy by Emergency Medicine and Surgery Residents; a Cohort Study. *Emergency. 2017; 5 (1)*, e33.
6. Toth J.W, Reed M.F, Ventola L.K, Chest Tube Drainage Devices. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine 2019;40(03)*,386-393.DoI: 10.1055/s-0039-1694769
7. Yenigün MB, Yüksel C, Göğüs Tüpü Yerleştirilmesi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2018;6(2)*,196-201.DoI: 10.5152/gghs.2018.031
8. Zardo P, Henning B, Kutschka I, Chest tube management: state of the art. *Current Opinion in Anesthesiology 2015, 28*, 45–49 Doi:10.1097/ACO.0000000000000150
9. Venuta F, Diso D, Anile M, Chest Tubes: Generalities. *Thoracic Surgery Clinics 27 (2017)*, 1–5.